

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1929

N^o 74

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

Paul BERTHO

Stages d'Internat à Nantes, Rochefort et Brest

Né le 27 Juillet 1897, à St-Cyr-sur-Loire (Indre-et-Loire)

Quelques notes sur l'Examen leucocytaire clinique dans quarante-neuf cas courants d'« appendicite »

Président de Thèse : M. le Professeur GOSSET

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1929

Quelques notes sur l'Examen leucocytaire clinique
dans quarante-neuf cas courants d' « appendicite »

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1929

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1929

PAR

Docteur Paul BERTHO

Stages d'Internat à Nantes, Rochefort et Brest

Né le 27 Juillet 1897, à St-Cyr-sur-Loire (Indre-et-Loire)

Quelques notes sur l'Examen leucocytaire clinique dans quarante-neuf cas courants d'« appendicite »

Président de Thèse : M. le Professeur GOSSET

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS 1929

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



I. — PROFESSEURS

Le Doyen. M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale ..	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée..	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryntologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	GIROUD.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Pharmacologie	MERCIER.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie médicale	TANON.
Obstétrique	DAMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.
Pharmacologie	BUSQUET.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LERI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	GOUGEROT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents
l'hommage de ma filiale affection

A Monsieur le Professeur GOSSET
qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse

Nos respects et nos remerciements
bien reconnaissants

A Monsieur le Professeur DESMAREST
dans le service de qui les matériaux
de cette thèse ont été pris
et qui a bien voulu m'accorder ses conseils
l'hommage de ma profonde reconnaissance

A Monsieur le Docteur DUBOIS
pour les excellentes directives qu'il m'a données

A tous mes Maîtres

*... « ce n'est pas assez de compter les
expériences, il les faut peser et assortir,
il les faut avoir digérées et alambiquées,
pour en tirer les raisons et les conclusions. »*

MONTAIGNE.

PREFACE

Nous prions Monsieur le Professeur Gosset qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse, de recevoir ici, avec nos respects, nos très sincères remerciements.

C'est sur les conseils de Monsieur le Professeur Desmarest que nous écrivons ces quelques pages ; nous en avons trouvé dans son service chirurgical de Boulogne-sur-Seine tous les éléments nécessaires : nous le prions de bien vouloir être assuré de nos sentiments infiniment reconnaissants.

Nous avons également une dette envers Monsieur le docteur René Dubois (de la Baule), ancien chef de clinique à la Faculté, qui nous a guidé de ses conseils.

Cette Thèse n'offre malheureusement rien de nouveau, puisque, depuis la moitié du siècle dernier, pour le moins, toute une Bibliothèque a été écrite sur l'importante question de la Leucocytose Chirurgicale.

Le point de vue particulier de la Leucocytose appendiculaire a commencé d'être traité plus récemment, un peu avant 1900 ; mais nous n'avons pas pour cela la prétention

d'innover là encore quoique ce soit d'original et de nouveau.

Nous nous permettons seulement de produire un petit nombre d'observations, prises au hasard, telles qu'elles sont, et dans lesquelles, en face du cas clinique et du résultat à l'intervention, l'examen leucocytaire toujours, et la numération des diverses variétés d'éléments blancs, la plupart du temps, ont été pratiqués, une ou plusieurs fois, à des dates les plus rapprochées possible de l'intervention. Nous avons seulement cherché à encadrer ces fiches, forcément un peu arides en elles-mêmes, de quelques souvenirs livresques au début, et d'un petit nombre de réflexions personnelles ou d'ordre statistique en manière de conclusion.

Ces pages sont divisées en quatre parties :

- 1) Le leucocyte histologique.
 - 2) La leucocytose chirurgicale et appendiculaire.
 - 3) Observations.
 - 4) Conclusion.
-

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES MOTS DE MISE AU POINT

Avant d'aborder la question de la leucocytose chirurgicale, et plus particulièrement, de ses modifications dans l'appendicite, qu'il nous soit permis, pour plus de clarté, de rappeler brièvement les caractères morphologiques des éléments blancs du sang à l'état normal, leur terminologie usuelle, et les procédés de laboratoire les plus simples employés pour leur numération.

A.-- Les Leucocytes

Au nombre de 6 à 8.000 par millimètre cube de sérum (ce chiffre a varié suivant les auteurs, mais il est à peu près universellement admis aujourd'hui), ils existent, dans le sang normal, avec les hématies, celles-ci plus nombreuses, dans un rapport que l'on a fixé successivement à 1/300 (Robin), 1/150 à 1/300 chez la femme et 1/350 à 1/400 chez l'homme (Niemeyer) ; plus récemment, les auteurs se sont accordés presque en totalité sur le chiffre d'1/600, les conditions de l'expérience maintenues les mêmes et établies une fois pour toutes.

Les leucocytes se divisent en deux classes ; dans l'une, les éléments constitutants ont un noyau unique, régulier, arrondi, dépourvu de granulations, sauf pour le cas d'une espèce un peu particulière et que nous mentionnerons plus loin ; dans l'autre, la plus importante, les cellules ont un noyau fragmenté en ilots, plus ou moins nombreux, disposés les uns par rapport aux autres de façon variée, et réunis entre eux par un filament mince et de même nature.

★
★★

La première variété de ces éléments comprend, comme l'on sait, quatre espèces particulières de cellules, que l'on a isolées l'une de l'autre et différenciées par leur diamètre un peu différent, et surtout par l'affinité sélective de chacun d'eux aux colorants usuels.

a) Le lymphocyte, ou petit mononucléaire, diamètre 6 à 8 μ , noyau sphérique, central, fortement imprégné par les colorants basiques ; sur le pourtour, une couronne mince d'un protoplasma qui se teinte assez fortement par un mélange de colorants acides et basiques.

b) Le mononucléaire à granulations azurophiles (lymphocyte leucocytoïde, ou moyen mononucléaire), diamètre 10 à 15 μ , noyau rond ou légèrement réniforme, moins colorable que le précédent. Protoplasme également moins basophile, homogène ou semé de granulations fines : caractère particulier à cette espèce, et décelable par les colo-

rants à l'azur (Romanowsky, éosinate d'azur), qui les colorent en rouge sur fond bleu basophile.

c) Le grand mononucléaire (lympholeucocyte, hémamacrophage de Dominici, grand monocyte), diamètre 15 à 25 μ , noyau arrondi ou réniforme, plus pâle que le précédent ; protoplasma large, étalé, faiblement coloré par un mélange de teintures acides et basiques.

d) Des formes de transition ou particulières, peut-être formes de passage, et qui n'ont pu être classées nettement dans l'un des groupes précédents.

★
★★

La seconde classe d'éléments blancs, les polynucléaires, se subdivise elle-même en trois variétés :

a) Polynucléaires à granulations neutrophiles (E. d'Ehrlich). Ils forment, à eux seuls, la majorité des éléments blancs. Diamètre 10 à 11 μ ; noyau très irrégulier, segmenté, colorable ; protoplasme semé d'innombrables granulations ne se colorant que par les couleurs neutres du type Romanowsky, l'Eosine-Bleu de Dominici, le Giemsa et le Tribondeau.

b) Polynucléaires à granulations basophiles (Y. d'Ehrlich, Mastzellen, cellules d'engraissement). Diamètre 8 à 9 μ ; noyau irrégulier, volumineux ; protoplasme semé de granulations mais moins nombreuses, et qui restent incolores sous l'influence du triacide d'Ehrlich et prennent une teinte méta-chromatique (violet-rouge) avec les colo-

rants toxiques connus, la Thionine ou le bleu Polychrome de Unna.

c) Polynucléaires à granulation acidophiles (ou éosinophiles ; X. d'Ehrlich). Diamètre 10 μ ou plus ; protoplasme rempli de grosses granulations régulières ; noyau en haltère ou en feuille de trèfle ; protoplasme rempli de grosses granulations régulières et bien mises en évidence par les colorants acides, en particulier l'Eosine.

★ ★

Le pourcentage relatif de tous ces éléments cellulaires a été établi un peu différemment suivant les auteurs ; c'est qu'en effet les chiffres varient légèrement suivant l'âge, le sexe, et se trouvent aussi influencés par certaines circonstances particulières et d'ordre physiologique, telles que la digestion, la grossesse et la lactation. Quoiqu'il en soit, nous en donnons ici un tableau schématique moyen, emprunté à Emile Weill et Marcel Bloch, et dont nous adopterons une fois pour toute la teneur :

Polynucléaires neutrophiles	60 à 65
Polynucléaires basophiles	0 à 0 5
Polynucléaires éosinophiles	1 à 2
Lymphocytes	10
Grands mononucléaires	10
Mononucléaires à granulations azurophiles	12
Formes de transition et particulières	1 à 4

C'est cette proportion que l'on peut considérer, chez

un sujet normal et les conditions de l'expérience restant les mêmes, comme à peu près identique. Ainsi se trouve constitué, comme disent Leredde et Lœper, un « équilibre leucocytaire » presque parfait.

B.-- La numération leucocytaire

Nous ne pouvons que signaler ici, et pour simple mémoire, les appareils employés en vue de la numération leucocytaire : les hématimètres, dont il existe plusieurs types ; trois sont plus connus, ceux de Malassez, d'Hayem et d'Agasse-Lafont, et dont le maniement est décrit dans tous les traités spéciaux.

Le nombre des globules blancs peut encore être apprécié par l'examen des lames de sang sec. Cette méthode simple permet de vérifier aisément si le résultat trouvé précédemment répond ou non à la réalité. Ce contrôle évite, paraît-il, les fautes grossières, en particulier les erreurs de calcul qui ne sont pas rares quand l'hématimètre seul est employé.

CHAPITRE II

LA LEUCOCYTOSE CHIRURGICALE, ET PLUS PARTICULIÈREMENT, LA LEUCOCYTOSE APPENDICULAIRE.

La leucocytose, habituelle réaction des éléments blancs du sang à toute infection microbienne quelle qu'elle soit, est caractérisée par une élévation parfaitement palpable du nombre des éléments blancs du sang. C'est un phénomène banal, accompagnant des états de l'organisme d'ordre physiologique ou pathologique parfois absolument différents. Rieder l'a bien vu sur ce dernier point, et la classification qu'il a donnée peut encore, de nos jours, être parfaitement admise.

La leucocytose d'origine inflammatoire a été traitée depuis longtemps par les auteurs ; qu'il nous soit permis de passer sous silence les innombrables travaux qui, dans le domaine médical pur, se sont attachés à l'étude du sang : recherches dont les résultats se sont montrés tout particuliers suivant la maladie envisagée, souvent presque symptomatiques, et sans rapport de similitude les uns avec les autres. Pourquoi, dans les affections franchement

inflammatoires telles que la pneumonie, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire aigu, la leucocytose peut-elle se montrer manifestement exagérée, tandis que dans la rougeole, par exemple, est-elle la plupart du temps normale ? Pourquoi la fièvre typhoïde et le mal paludéen s'accompagnent-ils d'une hypoleucocytose caractéristique ? Des théories nombreuses et ingénieuses ont été élaborées à ce sujet, mais il n'entre pas dans notre programme de les relater ni de les discuter.

★ ★

En jetant quelques jalons dans l'histoire touffue de la leucocytose chirurgicale, nous nous répéterons forcément avec ceux qui nous ont devancé ; car bien nombreux sont les travaux qui ont traité de la question. Dès le milieu du siècle dernier, il était déjà montré (Froriep et Glügel) combien s'altérait le sang dans la septicémie puerpérale ; Piorry établissait au microscope l'analogie frappante entre les éléments constitutifs de la « couenne » sanguine et les corpuscules globoïdes particuliers au pûs. Par les travaux de Walter, de Conheim, de Griesinger, de Robin, de Bouchut, s'éclaire le problème de la « Leucocythémie aiguë » : Vulpian montre, au sein des tissus en voie de suppuration, la migration diapédétique des éléments blancs au travers des vaisseaux capillaires avoisinants ; Malassez, Bonne, Hayem voient — et ce corollaire expérimental est posé pour la première fois — le sang se débarrasser rapidement de sa surcharge leucocytaire à la

suite du débridement mécanique ou de l'ouverture spontanée de la collection putride ; les recherches de Ranvier, Hœckel, Von Recklinghausen, Ehrlich et Metchnikoff conduisent insensiblement, puis établissent en définitive, l'hypothèse lumineuse de l'englobement cellulaire et de la phagocytose. Dans les premiers, Partridgeon, puis Dutzmann appliquent la numération leucocytaire aux affections gynécologiques ; les thèses de Rochette (1903) et de Mademoiselle Ossipoff (1909) sont remplies d'exemples semblables. Russell, en 1901, signale plusieurs cas de perforation intestinale d'origine typhique et au cours desquels l'examen du sang avait été soigneusement fait : toutes, lésions d'étiologie, de localisation anatomique, de symptôme clinique différents, mais qui nous acheminent vers la question de la leucocytose dans l'appendicite que nous avons plus particulièrement en vue.

★★

A vrai dire, le sujet, là non plus, n'est pas nouveau. Hayem avait déjà noté la leucocytose au cours de la « pérityphlite ». Cabot (1894), Whaley (1897), Muir (1898), s'intéressent à la question, et nous retrouvons un article de Mac Donald, paru en 1900, où cet auteur cite le cas personnel de cinq appendicites, dans lesquelles la numération leucocytaire, soigneusement faite, ne s'est pas montrée inférieure à 15.000 éléments. Dans un autre exemple, l'appendice était perforé, et l'examen spécial, pratiqué à deux reprises différentes, n'avait pas établi un nombre

qui atteint 8.000. Enfin, une autre fois, où la numération des éléments blancs avait donné à cinq jours d'intervalle 18.250 et 9.054, le chirurgien tomba à l'intervention sur un appendice couvert d'adhérences, mais ne trouva pas de pûs : « ce qui indique, dit déjà Mac-Donald, qu'on ne doit pas ajouter une importance exagérée à une seule numération leucocytaire », et temporisateur, il ajoute : « Il n'y avait là aucune nécessité d'intervenir, et il est intéressant de noter que la diminution du taux leucocytaire précéda l'amélioration du malade ; la chute du nombre des leucocytes, si elle ne s'associe à aucune aggravation constatée cliniquement chez le malade, semblerait indiquer une limitation dans le processus putride, et justifierait un délai pour l'opération ». Fort de cette constatation, Mac-Donald continue la série et cite le dernier cas d'un malade chez qui la leucocytose de 15.000, tombée à 8.500 le jour suivant, lui aurait permis de remettre l'intervention à une date ultérieure et tout à fait indéterminée.

Quoiqu'il en soit de ces exemples, l'importance de l'examen du sang au début et au cours de l'appendicite s'établissait. Désormais, par son aide et sur son indice précieux, le chirurgien pourra se rendre compte, à coup sûr, — sauf le cas d'une affection intercurrente — de l'existence d'une suppuration profonde si, en concordance avec le signe du laboratoire, l'examen du malade le fait soupçonner ; puis il interviendra immédiatement, à une

date ultérieure ou pas du tout — surtout s'il est abstentionniste sur cette matière — suivant que l'index leucocytaire en aura pronostiqué pour l'avenir du malade. La méthode est absolument moderne, et le mouvement en faveur de la numération leucocytaire ne devait plus s'arrêter.

C'est cependant à Curschmann, professeur de clinique médicale à la Faculté de Leipzig, que nous devons l'idée de l'examen de laboratoire systématiquement pratiqué dans le cas de la moindre alerte appendiculaire. Dans un mémoire paru en 1901, basé sur 60 observations personnelles, et dans lequel l'auteur s'attachait au diagnostic précoce de l'abcès, celui-ci aurait toujours été constaté dans les cas où quelques jours après le début de la crise, la leucocytose aurait atteint et dépassé 25.000 éléments. « Dès le début, dit encore en substance Curschmann, et dans la très grande majorité de toutes les formes de péri-typhlite, le nombre des leucocytes est augmenté. Dans les cas bénins, augmentation peu considérable, mais pouvant aller jusqu'à 19 ou 20.000 éléments sans que l'on puisse pour cela affirmer la collection putride. L'augmentation, dans ce cas, est passagère, et tombe généralement dès le lendemain... »

Les articles sur la question de la leucocytose appendiculaire se multiplient. Da Costa (1901) écrit un important travail où il expose le résultat de l'examen du sang dans 118 cas d'appendicite opérés. En 1902, Bäumlér,

Küttner, Sauerbruch, Schnitzler, Longridge, Wassemann, Coste, Kühn, Small confirment entièrement les vues de Curschmann ; Sonnenburg, dans un rapport au congrès de la Société Belge de Chirurgie, à Bruxelles, la même année, communique les résultats obtenus par son assistant Feddermann, et conclut dans le même sens. Tous ces chirurgiens ont observé communément un taux leucocytaire variant entre 11 ou 12.000 et 15.000 éléments, au début de crises terminées par la résolution.

En France, l'année suivante, Cazin et Gros, s'étonnant avec le professeur Legueu, de ce que l'examen du sang ne soit pas plus communément pratiqué, comme en Allemagne, en Autriche et en Amérique, reprennent la question. Dans un article très documenté, ils précisent quelques points de technique, et se montrent partisans des prises de sang répétées. « Une simple prise de sang, au début, disent-ils, ne signifie rien puisque d'après elle seule on ne peut prévoir la marche de la maladie ; il n'en est pas de même si l'on a la précaution d'examiner le sang chaque jour, et même matin et soir »... « Dans les cas devant se terminer par la résolution, disent-ils encore, en substance, le taux leucocytaire ne dépasse pas 20 ou 25.000 éléments, et cela de façon toute éphémère. D'après ces données, si l'élévation est très peu forte, ou relativement forte mais éphémère, on peut presque escompter la résolution, alors que l'indice-température peu élevé, ou même la chute de la température (à coup sûr !) ne

légitimeraient en aucune façon telle espérance ». Et voici un exemple qui illustre excellemment ce qui précède : Il s'agit d'une appendicite chez un garçon de 15 ans ; au début du 3^e jour de la maladie, le sujet présente 80 pulsations et 40° de température ; la numération leucocytaire est rassurante : 8.500 éléments ; au 5^e jour, la fièvre est tombée, mais un examen de sang pratiqué 48 heures plus tard montre une élévation leucocytaire de 31.000 éléments, cependant que la température rectale continue de se maintenir à 37°6 : l'intervention montre la présence d'un abcès rétro-cœcal « de la grosseur d'un œuf de poule ». C'est là un cas que l'on peut rapprocher un peu de celui cité par Dieulafoy, de cette « accalmie trompeuse » ; la finesse diagnostique du clinicien peut parfois déceler le grand danger de la situation, mais là, à coup sûr, l'examen du sang fait merveille.

Silhol (thèse Parie 1902-03) se montre partisan de l'examen du sang. D'après lui encore, c'est bien là qu'il faut chercher l'épreuve témoin de la lutte leucocytaire et de la façon dont l'organisme la supporte ; toutefois, les conclusions qu'il tire de ses observations sont un peu différentes, et peut-être, croyons-nous, sujettes à caution sur quelques points de détail. C'est ainsi que les examens seront « rares et largement interprétés ». Dans l'appendicite chronique, l'examen de la leucocytose serait absolument semblable à celui que l'on rencontre dans l'appendicite refroidie... Dans l'appendicite aiguë, le taux leucocytaire,

beaucoup plus élevé, jouerait, pour les cas « de gravité moyenne » sur l'échelle assez étendue de 15 à 30.000 éléments blancs... Mais voici ce qui cadre mieux avec l'opinion de la plupart des auteurs : « Dans la forme brutale, hypertoxique, l'hyperleucocytose manque le plus habituellement ». Et quant au pronostic général, il a déjà été formulé par Cabot : « Une leucocytose élevée et progressive indique un état qui s'aggrave, une leucocytose basse et décroissante indique un état qui s'améliore ».

Vers la même époque et sur la même question paraissent encore des articles de J.-P. Lord (*Leucocytosis as a factor in surgical diagnosis*) ; de Blossberg (*Relations between the white blood corpuscles and abscess in the organism*) ; de Westbrook (*Marked hyperleucocytosis suggesting abdominal suppuration*). Dans l'article de ce dernier auteur, la collection purulente, fortement soupçonnée par l'examen du sang, n'est cependant pas contrôlée par l'épreuve du bistouri, et le malade dont il est question guérit parfaitement sans que le chirurgien ait à intervenir.

En 1904, Ch. Julliard, chef de clinique chirurgicale à l'université de Genève, donne en quelques pages très précises le résultat de ses observations. Cet auteur, après avoir examiné le sang d'une quarantaine de malades, pose les conclusions suivantes qui, sur bien des points, se rapprochent de celles de ses devanciers.

- 1) Les cas d'appendicite sans formation de pus se dis-

tinguent soit par un manque complet de leucocytose (les cas les plus bénins), soit par une légère augmentation du nombre leucocytaire au début de la maladie, bientôt suivie d'un retour à la normale ; cette augmentation n'est que passagère ; elle se produit en général tout au début de la crise, au moment de l'établissement des symptômes morbides, et dure rarement plus de 48 heures ; le nombre des globules blancs peut atteindre alors le chiffre de 20 à 22.000 éléments, qui est dans la règle rarement dépassé ; exceptionnellement il peut s'élever à 40.000 (1).

2) Les cas d'appendicite suppurée sont, dans la règle, caractérisés par une élévation du nombre des leucocytes qui dépasse 25.000, ce chiffre constituant la « limite inférieure de suppuration ». Mais pour qu'on puisse affirmer la présence du pûs, il faut que le nombre des leucocytes reste, pendant plusieurs jours au moins, au-dessus de cette limite. Certains cas où le pûs existe ne sont accompagnés d'aucune leucocytose. Ces cas en apparence normaux ne peuvent être suffisamment interprétés aujourd'hui. (1)

Le taux des leucocytes, au début de la maladie, ne fournit donc pas d'indication précise pour le diagnos-

- (1) Peut-être est-il donné de penser qu'il s'agit là d'une organisation fermée, où le pus collecté sur un point bien circonscrit, se trouve enfermé dans une coque fibreuse, de défense et analogue à celle qui limite un abcès froid. Il serait intéressant dans tel cas de rechercher la virulence du microbe causal, qui doit être singulièrement atténuée.

tic, une forte leucocytose pouvant exister à ce moment aussi bien dans l'appendicite la plus simple que dans la gangréneuse en évolution ; l'évolution ultérieure seule, la *courbe*, donne tous les renseignements... etc. ». Suivent d'autres considérations parfaitement énoncées par Hayem et Curschman et qu'il est inutile de répéter. Mais remarquons encore cependant toute l'importance que cet auteur attache à l'établissement de la « courbe leucocytaire » aussi importante, et sinon plus, que celle du pouls et de la température.

Encore bien intéressantes sont les formes que Juliard, toujours, croit devoir attribuer à l'appendicite en regard de la leucocytose. Qu'on nous permette encore de citer, en abrégeant :

I. — *Appendicites non suppurées.*

- 1) Forme bénigne. — Leucocytose nulle, ou légèrement élevée, au début, sans dépasser 22.000.
- 2) Forme bruyante. — Leucocytose très élevée. Chute rapide en un ou deux jours, pour se maintenir là, sauf quelques exacerbations passagères.
- 3) Forme soutenue. — Leucocytose maintenue entre la normale et la limite inférieure de suppuration (soit entre 10 et 25.000). Le maintien à la normale indique la guérison, l'élévation progressive, le pûs.

II. — *Appendicites à formes intermédiaires.*

- 1) Forme résorbable. — Leucocytose oscillant sur 25.000

éléments, symptomatique de la collection purulente ; peu à peu elle descend à la normale, à mesure que la guérison s'opère.

- 2) Forme enkystée. — Leucocytose oscillant entre la normale et la limite de suppuration.

III. — *Appendicites suppurées.*

- 1) Forme progressive. — Leucocytose augmentant progressivement jusqu'au moment où le pûs est évacué.
- 2) Forme à poussées. — Courbe leucocytaire présentant de grandes oscillations, lesquelles correspondent à un mouvement dans le même sens du processus putride : oscillations qui peuvent précéder de plusieurs jours l'ascension thermique.
- 3) Forme grave. — Leucocytose ou bien très basse, dans les cas désespérés, ou bien élevée, et d'autant plus que le processus de suppuration s'étend.

Quoiqu'il en soit de cette mise en catégories un peu schématique des manifestations d'un processus vital, d'ordre biologique, et partant ondoyant et presque insaisissable, on voit quelle est la confiance de Julliard dans l'examen du sang : véritable épreuve-contrôle de l'examen clinique, celui-ci basé sur un faisceau de symptômes trop souvent fugaces et mobiles, le laboratoire pourra donner au chirurgien, avant même qu'il n'intervienne, et suivant la teneur en éléments blancs et l'évolution de leur

nombre, un aperçu exact de ce qu'il trouvera le bistouri en main ; et c'est ainsi que la « courbe leucocytaire », qui suppose bien, de par sa définition, des examens de sang répétés, peut-être journaliers, marchera de pair avec celle du pouls et de la température et marquera même le pas sur elle quant à la valeur pronostique.

Après Julliard, il semble que la question de la leucocytose appendiculaire subisse un temps d'arrêt, et malgré nos recherches, nous ne trouvons, dans les années qui suivent immédiatement, aucun article s'y rapportant de façon précise. Mademoiselle Ossipoff (Th. de Paris, 1909), traitant de la formule sanguine dans les affections annexielles, fait bien allusion à la valeur de la leucocytose dans le cas qui nous occupe, mais ce n'est évidemment que de loin, et par manière de seconde vue. Ce n'est que plus tard, en 1924, que paraît un article de W. Menninger et H. Heim, au titre fort intéressant sur « la signification clinique de la relation entre les numérations leucocytaires totale et différentielle dans l'appendicite aiguë ». De cet article, nous ne pouvons, à notre regret, donner la substance, n'ayant pu le consulter. Le fait est cependant nouveau et mérite d'être noté, car, si les différents auteurs s'étaient bien montrés jusqu'ici curieux sur le diagnostic de la suppuration en général, et attachés à mettre en évidence comment la présence de celle-ci entraînait une élévation globale du nombre leucocytaire, aucun d'eux n'avait encore cherché à démêler les modifications apportées

à chaque variété d'éléments blancs... Qu'il s'agisse d'un processus appendiculaire aigu (Menninger et Heimi ?) ou d'une affection de ce genre d'allure chronique : c'est cette dernière question qui a été étudiée l'année suivante par Thierry de Martel et Antoine.

Il est frappant de constater, disent en substance de Martel et Antoine, le manque fréquent de concordance entre les signes d'une appendicite qui paraît parfaitement refroidie et les délabrements anatomiques que l'on peut cependant rencontrer à l'intervention ; vice-versa, tel malade, subfébrile, peut très bien, malgré sa température, être parfaitement « refroidi », et son appendice, dans ce cas, libre de toute adhérence, énucléable sans difficulté. C'est encore par l'épreuve du sang que, dans ces cas tardifs, comme dans la plupart des cas, le chirurgien doit trouver le véritable témoignage, le « test » sans défaut ni reproche qui, par l'indication qu'il donnera, mettra l'esprit en éveil ou, au contraire, invitera à la temporisation.

De Martel établit sa méthode sur une expérience de plusieurs années, pendant lesquelles il a pu observer personnellement plus d'un millier de cas. « On peut savoir, dit-il, s'il y a ou non suppuration, si la péritonite généralisée est à craindre, puisque, par l'épreuve du sang, la chose a été montrée depuis longtemps ; mais ce à quoi on n'a pas accordé toute la valeur méritée, c'est bien l'étude de la formule leucocytaire au cours des appendicites subaiguë et chronique ». Suit un exemple : tel malade est

apyrétique depuis longtemps ; les symptômes cliniques n'existent plus, et cependant l'examen du sang met en évidence une leucocytose de 10 ou de 20.000 éléments, avec un pourcentage anormal de 84 polynucléaires ; que l'opération se fasse, et le chirurgien, à coup sûr, tombe sur un appendice rouge, augmenté de volume, entouré de fausses membranes, adhérent aux anses circonvoisines ou à la vessie. L'opération est laborieuse ; on enfouit cependant et on draine, mais les suites opératoires n'en sont pas plus aisées pour cela : la fièvre s'allume, correspondant dans maint cas à la formation d'un abcès dû à la diffusion mécanique des germes, quand une broncho-pneumonie ne vient pas encore assombrir le pronostic... Mais au contraire, que l'intervention différée, si le test leucocytaire n'est pas trop pressant et le permet, le malade soit soumis au régime du refroidissement — expectative prudente et armée — et la laparatomie entreprise alors que l'index dont nous parlons sera tombé vers la normale, le chirurgien aura chance de se trouver en présence d'un cas d'autant plus consolant que, dès l'abord, il en avait conçu plus d'alarme : les adhérences se sont résorbées spontanément, l'appendice qui a perdu sa turgescence est de volume et de coloration normales. Dès lors, on peut escompter que la convalescence suivra avec rapidité.

Dans six cas, choisis à dessein par de Martel, le sang des malades avait une teneur leucocytaire soit normale, soit un peu supérieure à 6.000 éléments ; mais surtout, et

chez tous, une polynucléose supérieure à 70 % avait suffi pour affirmer le diagnostic d'un foyer inflammatoire en évolution atténuée et faire ajourner l'opération. « Tout malade ayant une réaction leucocytaire ou une polynucléose même minimales est considéré comme encore « à tiède » et l'appendicectomie est différée jusqu'au moment où la formule sanguine est redevenue normale ». Et par sorte de corollaire ou de suite logique : « Tout malade ayant une formule normale est opéré, quel que soit le temps qui le sépare du début de la crise ».

Temporisateur prudent et avisé (il ne s'agit pas évidemment d'appendicites à allure foudroyante), l'auteur fixe encore entre temps quelques intéressants points de technique : c'est ainsi que le sang sera examiné chez les malades à jeun, en dehors des règles chez la femme ou chez tous en dehors d'une maladie intercurrente : grippe, bronchite, tuberculose péritonéale, pleurésie, salpingite... Mais voici ce qui nous ramène au cœur du sujet, et nous nous excusons encore de citer : « Il faut considérer à la fois le nombre des éléments et la formule leucocytaire ; en tenant compte d'un seul de ces éléments, on s'exposerait à des erreurs ».

Dans ces formes d'appendicite, trainantes, plus ou moins torpides ou à évolution chronique, le clinicien peut être appelé, par l'examen de la formule leucocytaire, à faire les constatations suivantes :

1) Que le malade soit en voie de refroidissement après une crise d'importance variable, on observe :

Au début, une augmentation de la leucocytose totale, et relativement, une augmentation de la polynucléose avec diminution corrélative des éléments mononucléés ; puis progressivement, la chute de la leucocytose totale qui tend à s'immobiliser en normale à 6.000 ou quelquefois légèrement au-dessous ; et corrélativement, la chute combinée de la polynucléose avec arrêt à son taux normal et quelquefois même un peu au dessous. Qu'une leucocytose normale s'accompagne d'une polynucléose plus élevée, ou bien qu'une polynucléose normale entre dans la combinaison d'une hyperleucocytose, ces cas doivent être considérés comme insuffisamment refroidis.

2) Que l'appendicite soit chronique d'emblée, la numération leucocytaire sera normale ou oscillante entre 6 et 10.000 éléments ; mais, et ceci est plus important, dans cette formule générale sans caractères bien particuliers, la chute de la polynucléose s'accompagnera cette fois d'une élévation parallèle est synchrone des éléments mononucléés. Il n'est pas rare à ce point de vue qu'on se trouve en présence d'une formule relative totalement inversée et pouvant contenir jusqu'à 63 % d'éléments mononucléés (cas cité). Parmi ceux-ci, — et les auteurs ne s'étendent pas sur la signification de la chose, — on peut noter la prédominance d'une espèce particulière : lymphocytes, gros ou moyens mononucléaires ; ou bien l'augmentation

considérée est massive, globale et porte sur toutes les variétés à la fois.

Voilà qui est parfaitement défini, et l'examen du sang, déjà si précieux dans le diagnostic des formes aiguës, acquerrait et au premier chef, une grosse valeur pour celui des formes atténuées, ou trainantes et torpides, chroniques. Qu'il nous soit permis de suggérer, que, peut-être, ne s'agit-il là encore que d'une question de définitions, mais cette chronicité-type, caractérisée essentiellement pour de Martel et Antoine par les modifications et le remaniement intrinsèques de la formule leucocytaire que nous avons dits, n'en est pas moins, au point de vue spéculatif, fort intéressante ; nous aurons, du reste, l'occasion d'en rencontrer quelques cas dans nos exemples.

★ ★

Nous terminons ici ces quelques considérations sur la leucocytose, en général, dans le domaine chirurgical et appendiculaire. Puissent ces faits que nous avons pris dans le domaine historique de la question, avoir, à défaut du grand mérite de la nouveauté, celui de l'exactitude en eux-mêmes ou de la bonne foi qui les a relatés.

Pour le reste, l'examen leucocytaire n'en restera pas moins ce qu'il est, c'est-à-dire un procédé diagnostique de tout premier ordre ; qu'il s'agisse de l'appendicite aiguë, brutale, et qu'il nous faille avec Hayem, Curschmann, Julliard, mettre en évidence le pus, le degré de sa virulence et la réaction de l'organisme vis-à-vis de lui, l'exa-

men leucocytaire montrera la plupart du temps, et dans les cas les plus heureux, l'augmentation massive de ses éléments et singulièrement des polynucléaires. Dans les cas particulièrement désirables où la formule blanche aura fait preuve de stabilisation, (ce qui suppose pour cette constatation, avec Julliard, l'établissement, au chevet du malade, d'une courbe leucocytaire aux points de repère aussi nombreux que possible), le chirurgien pourra assister par la suite à la chute progressive de la leucocytose vers la normale et à la régénération pour ainsi dire à ciel ouvert des tissus lésés ; ou bien, différemment, l'élévation graduelle du taux mononucléaire fera penser le clinicien, avec de Martel, à une marche plus particulièrement lente et insidieuse du même processus inflammatoire, à son vieillissement sur place, à sa chronicité.

Dans cette intéressante question de la leucocytose, il reste encore à trouver et à définir avec exactitude le rôle des diverses variétés tinctoriales de polynucléaires et de mononucléaires : sont-ce là des éléments distincts, avec des missions définies, ou bien faut-il voir en eux des éléments anatomiques en auto-élaboration, en marche biologique, et fixés par la chimie en un point défini de leur vie cellulaire... La présence de ces « formes particulières et de transition » ferait pencher vers cette seconde hypothèse. Reste encore à établir le rôle de ces diverses cellules en pathologie chirurgicale en général et dans l'appendicite en particulier. Déjà Lœper avait signalé l'éosino-

philie leucocytaire dans cette dernière affection et dans la parasitose intestinale : ce sont là des faits curieux, mais qu'il faudrait peut-être vérifier encore, en se basant sur un grand nombre de cas pour éliminer, autant que possible, les chances d'erreur, trop inhérentes aux généralisations hâtives.

La question des « fausses appendicites », étudiée par Beutner, Cumston, Leven et Galan, est reprise en 1922 par Thierry de Martel et Antoine, encore. Sous l'appellation de « syndrome douloureux mécanique du cœco-colon droit », ces derniers auteurs classent judicieusement un certain nombre de cas cliniques qui, tout d'abord, avaient donné le change et fait penser à l'appendicite ; mais qu'il s'agisse de « mobilité anormale du cœco ascendant », de « périviscérite du carrefour inférieur », de « ptose du côlon droit », de l'existence de la « membrane péricolique de Jackson », de « périviscérite du carrefour supérieur » ou d'« accollement en canon de fusil », la valeur de la méthode d'examen dont nous avons parlé n'est point infirmée, là encore. Qu'il s'agisse d'un état congénital ou ancien, consolidé et « bien compensé », ou, au contraire, d'une lésion inflammatoire, primitive ou secondaire, à son premier stade ou passé à la chronicité, l'examen du sang, conjointement à la clinique, pourra aider à faire le départ : la technique pourra s'en trouver modifiée du tout au tout.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui vont suivre ont été prises dans le service et avec la bienveillante permission de Monsieur le Professeur Desmarest, à l'Hôpital de Boulogne-sur-Seine : il s'agit de malades opérés dans le service actuel ou, pour d'autres cas plus anciens, soignés précédemment à Bicêtre.

Tous ces exemples ont été un peu rassemblés au hasard, car s'il s'agit d'abord et au fond d'un travail de statistique, il est bien naturel qu'à côté de cas frappants et bien typiques, il en existe d'autres plus ternes et batardeaux, moins caractéristiques : c'est ce dernier point qui rend un peu fallacieuse toute classification raisonnée. Quoi qu'il en soit, chez tous les malades, le syndrome appendiculaire, fruste, à l'état larvaire ou dans toute sa pureté classique, avait existé, et déterminé le clinicien à poser le diagnostic.

Il eut été intéressant, à titre tout au moins spéculatif, de posséder pour chaque exemple une « courbe leucocytaire » aussi parfaite que possible, aux points de repère

nombreux sinon journaliers, centralisés sur le moment de l'opération, et dont l'ensemble eût montré, à côté du stade leucocytaire actuel, la marche numérique des éléments blancs, en ascension ou en décroissance.

Il est possible, de même que l'examen histologique pratiqué en système sur toutes les pièces eût éclairé quelque'un de ces exemples douteux que nous verrons... qu'il s'agisse, par exemple, d'un cas en apparence consolidé où l'œil est bien impuissant à signaler le remaniement intime des tissus et dans lequel la leucocytose n'offre aucun caractère bien particulier. Mais nous ne pouvons insister sur ce point, car nous savons combien sont sujettes à caution les « appendicites microscopiques » dont parle Dieulafoy.

Nous avons classé ces observations de façon un peu schématique, puisque nous avons cru à la possibilité de les diviser en appendicites aiguës et subaiguës, en appendicites opérées à froid après crise aiguë, et en formes chroniques ; quelques autres, en terminant, nous ont paru pouvoir entrer dans la catégorie des fausses appendicites ; on devine, du reste, combien certains de ces exemples sont interpénétrables et difficiles à catégoriser, tant est illusoire la classification et l'interprétation exactes du fait biologique ondoyant, fugitif, presque insaisissable à l'examen subjectif de l'observateur.

A.-- Appendicites aiguës

Nous considérons comme aiguë toute appendicite en général bruyante dont la leucocytose totale est supérieure à 20.000 avec une polynucléose de 80 éléments au minimum, ou très voisine ; quelques formes dissociées doivent être rattachées à cette catégorie. Les délabrements anatomiques sont considérables : dans la majeure partie des cas l'intervention met en évidence le pus.

★ ★

OBSERVATION 1. — Mme E..., 43 ans (Ambroise Paré) ; « appendicite aiguë suppurée » opérée dans les 24 h. le 22 mars 1927.

Leucocytose, 22 mars : 35.000 (Poly neutro. 90 ; lympho. 1 ; mono. à granul. azuroph. 6 ; formes de transit 3 p. 100 éléments).

A l'intervention, même date : « Cœcum distendu et rouge, un peu de liquide purulent ; appendice rétro-sternal ; son extériorisation amène une grande quantité de pus ; l'appendice sphacélé contient des calculs stercoraux de la grosseur d'un noyau d'olive ». Rien de signalé aux annexes.

Sortie 22 avril après suppuration légère. Les lèvres de la plaie ne sont pas complètement affrontées.

OBS. 2. — Sch... 20 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë suppurée » opérée d'urgence 31 juillet 1926.

Leucocytose, même date : 31.000.

A l'intervention : « Pus abondant venant de la partie inférieure de la fosse iliaque droite ; gros appendice rouge, dont la pointe, très enflammée, est recouverte de fausses membranes ».

Sort, 19 août, guéri.

OBS. 3. — Mme M..., 21 ans (A. P.). — Appendicite aiguë suppurée à la 29^e heure, 15 novembre 1926.

Leucocytose, même date : 29.000 (Poly. neutro. 88 ; lympho. 5 ; mono. à granul. azuroph. 3 ; formes de transit 4).

A l'intervention : « Petite quantité de liquide purulent ; appendice parsemé de points verdâtres et dont la pointe est encapuchonnée par l'épiploon ». Rien de signalé aux annexes.

Sort 25 mars, pas de complications.

OBS. 4. — C... André, 19 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë purulente opérée dans les 48 h., 28 juin 1926.

Leucocytose, même date : 27.000 (Poly. neutro. 91 ; baso 4 ; mono. à granul. azuroph. 1 ; formes de transit. 4). -

A l'intervention : « Petite quantité de liquide sero purulent ; cœcum distendu ; appendice triplé de volume et rouge ; l'inflammation se propage jusque sur le cœcum ; le méso et le péritoine sont épaissis ».

Histologiquement : « Destruction de la muqueuse et du chorion avec partie centrale remplie d'une masse purulente. Polynucléaires nombreux ».

Pas de suites opératoires.

OBS. 5. — J... Marceau (A. P.) — « Appendicite aiguë à la 26^e heure.

Leucocytose, 15 décembre 1927 : 25.000 (Poly neutro 80 ; lympho. 3 ; mono 8 ; à granul. azuroph. 9).

A l'intervention, même date : « Liquide séreux dans le péritoine, appendice long, volumineux, sous tension, commençant à adhérer par sa pointe ».

Sort 24 décembre, guéri.

OBS. 6 — J... Désiré (A. P.) — « Appendicite aiguë » à la 40^e heure.

Leucocytose, 17 novembre 1927 : 23.000.

A l'intervention, même date : « L'appendice est volumineux, épaissi, et lardacé ; le meso est œdématisé ; il s'est écoulé à l'ouverture de l'abdomen une petite quantité de sérosité louche ».

Suites opératoires normales.

OBS. 7. — B... Xénia (A. P.) — « Appendicite aiguë opérée dans les 36 heures.

Leucocytose, 24 mars 1926 : 22.000 (Poly neutro 77 ; baso 1 ; lympho. 4 ; grands mono. 2 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 9).

Intervention, même date : « Cœcum mobile, pointe appendiculaire rouge, et vernissée ; un peu de liquide dans le Douglas ».

Histologiquement : « Congestion, hémorrhagies interstitielles inter et intra folliculaires ; hypertrophie des centres germinatifs ».

« Etat général parfait » le 2 avril.

OBS. 8. — L... René (A. P.). — « Appendicite aiguë » opérée dans les 48 h.

Leucocytose, 9 novembre 1927 : 21.000 (Poly. neutro. 64 ; éosino 2 ; lympho 9 ; gros mono. 7 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 10).

Intervention, même date : « Appendice gros et rouge ».

Sort, 19 novembre, guéri.

OBS. 9. — T... Jules, 34 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë » opérée dans les 24 h.

Leucocytose, 7 juin 1927 : 18.000 (Poly neutro. 86 ; lympho. 2 ; mono. à granul. azuroph. 6 ; formes de transit. 6).

A l'intervention, même date : « ... à l'ouverture du péritoine, un peu de séro-pus ; appendice volumineux, turgescant, et distendu à sa base par un gros calcul ».

Histologiquement : « Infiltration à polynucléaires à prédominance dans la musculouse et la sous

muqueuse ; atrophie de l'épithélium ; lame fibreuse et diapédétique au niveau de la séreuse ».

Sort, 19 juin, guéri.

OBS. 10. — L..., 38 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë » opérée à la 30^e heure.

Leucocytose, 19 janvier : 18.000 (Poly neutro. 88 ; baso 1 ; lympho. 1 ; mono. 2 ; à granul. azuroph. 4 ; formes de transit. 4).

A l'intervention, même date : « Liquide purulent abondant ; appendice gangréné ; méso épaissi et lardacé ; le drainage du Douglas amène un liquide séro-purulent assez considérable ».

Sorti, 12 février, sans complications immédiates ; réopéré le 17 juin pour éventration, sort le 28, guéri.

OBS. 11. — K... Francis, 27 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë perforée » opérée dans les 24 h.

Leucocytose, 10 octobre 1927 : 17.000 (Poly neutro. 92 ; lympho. 3 ; mono 2 ; à granul. azuroph. 3).

Intervention, 11 octobre : « Liquide purulent dans la fosse iliaque droite ; appendice gros, portant à 1 cm de sa pointe une perforation lenticulaire, recouverte par une pellicule qui se rompt .. »

Histologiquement : « L'appendice est oblitéré par une organisation fibreuse richement vasculari-

sée sur laquelle s'est greffée une réaction inflammatoire aiguë récente avec infiltration cellulaire polymorphe à poly et à mono nucléaires ».

Suites normales, sort 25 octobre.

OBS. 12 — L... Charles, 18 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë » opérée dans les 24 h.

Leucocytose, 12 juin 1927 : 16.000 (Poly. neutro. 82 ; éosino 1 ; lympho. 5 ; mono. 3 ; à granul. azuroph. 9).

Intervention, 13 juin : « Cœcum distendu cachant un appendice enfoui sous les adhérences ; à l'ouverture de l'appendice, muqueuse sphacélée, grisâtre et prête à se perforer, ... sérosité d'odeur gangréneuse ».

Sort, 28 juin, guéri.

★ ★

Dans ces 12 observations, 8 ont présenté une leucocytose totale supérieure à 20.000 éléments. Parmi lesquelles, 3, de formule d'alarme type (leucocytose supérieure à 20.000 et polymuléose supérieure à 80), ont montré du pus à l'intervention. Trois autres, de formule dissociée et caractérisée par une leucocytose totale inférieure à 20.000, mais accompagnée d'une polynucléose supérieure à 80, ont également révélé du pus. Deux fois l'intervention a montré du liquide avec une leucocytose supérieure à 20.000 et une polynucléose de 80 et au-dessous. Une fois, avec

une formule analogue, l'appendice n'était que rouge. Dans un autre cas, le pus coïncidait bien avec une leucocytose totale de 23.000, mais l'examen de détail manquait ; dans le dernier, une « sérosité d'odeur gangréneuse » n'était révélée que par une leucocytose totale inférieure à 20.000, accompagnée d'une polynucléose de 82.

Il résulte de ces faits que si l'examen leucocytaire peut faire soupçonner la suppuration, il n'en est pas la preuve absolue ; et puisqu'il ne peut présenter de formule nette symptomatique, dans tous les cas du grand danger couru par le malade, le clinicien n'en usera toujours que comme corollaire et complément de l'examen clinique qui, d'abord, doit être exactement pratiqué.

B.-- Appendicites subaiguës

Peut être considérée comme subaiguë toute appendicite d'allure moins bruyante dont la leucocytose totale joue sur une échelle de 15 à 18.000 éléments avec une polynucléose approchant de 70. Dans une autre variété, la leucocytose totale peut évoluer de 10 (quelquefois au-dessous) à 15.000 éléments et s'accompagne d'une polynucléose de 70 à 80, ou peu au delà ; forme type : lésions anatomiques peu marquées.

★ ★

OBS. 13. — Ch... Jean, 20 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë » à la 28^e heure.

Leucocytose, 23 novembre 1927 : 15.000 (Poly. neutro 70 ; lympho. 4 ; à granul. azuroph. 4 ; formes de transit. 22).

Intervention, même date : « L'appendice est distendu par les gaz, enflammé et enserré par une bride près de sa racine ».

Sort 4 décembre, pas de complications.

OBS. 14. — N... Clément, 46 ans (A. P.). — Deux interventions, 1^{er} juillet 1926 : « appendice plaqué contre le péritoine pariétal et le cœcum ; adhérences péri-appendiculaires ; au niveau de la pointe, boulette fécale... »

Leucocytose, 5 juillet : 15.000 (Poly. neutro 79 ; lympho. 13 ; mono 3 ; à granul. azuroph. 2 ; formes de transit. 3).

Le 24 juillet, cure radicale d'une fistule ; leucocytose : 4.000.

Sorti une première fois le 9 septembre après plusieurs poussées de température dues à la formation d'un hématôme, et la plaie étant incomplètement fermée, il entre à nouveau le 17 février suivant et sort le 10 mars, guéri.

OBS. 15. — C... Emile, 27 ans (A. P.). — Une crise récente qui remonterait à 10 jours avant l'intervention.

Leucocytose, 1^{er} juillet 1926 : 21.000.

Leucocytose, 8 juillet : 11.000 (Poly. neutro 72 ;

éosino 2 ; grands mono. 2 ; lympho. 5 ; formes de transit. 3).

Intervention, 9 juillet : « Quelques gouttes de liquide dans le péritoine ; appendice rouge et complètement adhérent à la face externe du cœcum ; péritoine appendiculaire très épaissi »,

Il se forme un hématôme ; le malade sort cependant le 26 juillet, guéri.

OBS. 16. — Mme G..., 38 ans (A. P.). — Crise d'appendicite aiguë suivie d'un plastron typique en janvier 1927.

Leucocytose, 28 mai : 11.000 (Poly. neutro 75 ; éosino. 1 ; lympho. 11 ; grands mono. 3 ; à granul. azuroph. 3 ; formes de transit. 7).

Intervention, 3 juin : « La base de l'appendice est enflammée ; l'inflammation se propage jusque sur le cœcum dont on est obligé de réséquer une partie... Rupture de l'appendice ».

Leucocytose, 29 juin (suppuration et fistulisation) : 18.000 (Poly. neutro 82 ; éosino 2 ; lympho. 8 ; mono. azuroph. 5 ; formes de transit. 3).

Intervention, 2 décembre : « Libération de l'anse cœcale ; décollement d'une anse grêle répondant à la fistule existant ».

Leucocytose, 12 décembre : 8.000 (Poly. neutro 68 ; éosino 1 ; lympho 9 ; grand mono 11 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 3).

Sorti 28 décembre « bon état général » ; un petit segment de la plaie n'est pas jointif.

obs. 17. — L... Florentine, 37 ans (A.P.). — Crise appendiculaire le 15 décembre 1925.

Leucocytose, 14 janvier 1926 : 10.000 (Poly. neutro 82 ; lympho. 4 ; grands mono. 8 ; formes de transition 6).

Leucocytose, 10 février : 10.000 (Polyn neutro. 72 ; lympho 10 ; grands mono. 12 ; formes de transition 6).

Intervention, 10 février : « Gros abcès périappendiculaire contenant 300 gr. d'un pus jaunâtre et fétide ».

Leucocytose, 17 mars : 7.000.

Intervention, 20 mars : « Résection d'un appendice morcelé dont il ne reste que la pointe ».

Histologiquement : « Appendice en réaction inflammatoire diffuse, l'appendice étant sectionné en plusieurs tronçons ; réaction inflammatoire accompagnée d'un œdème abondant avec dépôt fibrineux. Pas de polynucléaires. Très nombreux lympho-plasmocytes dans toutes les couches y compris la zone sous péritonéale. La graisse du méso est presque toute transformée en un paquet de tissu conjonctif dense ».

obs. 18. — Mlle C..., 18 ans (A. P.). — Crise aiguë le 1^{er} mai 1927.

Leucocytose, 3 mai : 10.000 (Poly. neutro 82 ; Poly. baso 1 ; lympho 4 ; à granul. azuroph. 11 ; formes de transit. 2).

Intervention, 9 mai : « Appendice rétro-cœcal ; la pointe et le méso sont adhérents ».

Sort 22 mai : « Bons états général et local ».

OBS. 19. — D... Juliette, 22 ans (A. P.). — Crise douloureuse deux mois auparavant.

Leucocytose, 5 juillet 1926 : 8.000 (Poly. neutro 84 ; lympho 12 ; à granul. azuroph. 3 ; forme de transit. 1).

Intervention, 7 juillet : « Cœcum complètement fixé, appendice distendu, ovaire droit un peu gros ».

Sort, 17 juillet, pas de complications.

OBS. 20. — O... Ambroise, 32 ans (A. P.). — Crise appendiculaire, 15 octobre 1926.

Leucocytose, 5 novembre : 5.000 (Poly. neutro 79 ; lympho 6 ; grands mono 2 ; à granul. azuroph. 6 ; formes de transit. 7).

Intervention, 8 novembre : « Appendice gros, rempli de coprolithes ; cœcum fixé au sigmoïde par une adhérence assez épaisse. Le méso appendiculaire est également accolé au sigmoïde ».

Guérison.



Nous avons trouvé ici cinq fois des adhérences, deux fois des signes inflammatoires banaux. Dans un autre cas (obs. 17), une formule leucocytaire moyenne (leucocytose totale 10.000 ; polynucléose 72) coïncidait avec l'existence d'un volumineux abcès appendiculaire. Dans la forme subaiguë, il semble bien que, dans l'ensemble, l'examen de la polynucléose soit plus probant et expressif que celui de la leucocytose totale.

C.-- Appendicites refroidies ou opérées après crise aiguë

Peuvent être considérées comme telles les appendicites qui sont opérées plusieurs jours ou plusieurs semaines après une crise aiguë nettement caractérisée ; ici la formule se rapproche de la normale. Théoriquement les lésions anatomiques ne sont plus visibles.

obs. 21. — Mlle H..., 17 ans (A. P.) — Crise appendiculaire aiguë antérieure de 14 jours.

Leucocytose, 11 mars 1926 : 10.000 (Polyneutro 65 ; éosino 1 ; lympho 7 ; grand mono 1 ; a granul. azuroph. 15 ; formes de transition 11).

Intervention, 19 mars : « Cœcum adhérent sur sa face antéro externe, appendice gros à son extrémité distale et à sa partie moyenne ».

OBS. 22. — Mme M... Germaine, 30 ans (A. P.). — Crise aiguë fin juin 1926.

Leucocytose, 10 décembre : 9.000 (Poly. neutro 75 ; éosino 1 ; baso 1 ; lympho 10 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 6 ; formes de transit. 6).

Intervention, 13 décembre : « Appendice rouge, hypervascularisé ».

Sort, 25 décembre, « en bon état ».

OBS. 23. — Mme R..., 45 ans (A. P.). — Crise aiguë en décembre 1925.

Intervention, 27 mars 1926 : « Cœcum rempli de matières et plaqué contre l'utérus ; aspect normal de l'appendice sauf une légère coloration blanchâtre au niveau de la pointe ».

Leucocytose, 28 mars : 8.000 (Poly. neutro 73 ; baso 1 ; lympho 14 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 6 ; formes de transit. 5).

Sort, 8 mai, après suites normales.

OBS. 24. — Mme L..., 32 ans (A. P.). — Crise appendiculaire aiguë le 3 novembre 1926.

Leucocytose, 16 novembre : 6.000 (Poly. neutro 73 ; lympho 11 ; grand mono. 2 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 6).

Leucocytose 17 novembre : 8.000 (Poly. neutro 68 ; lympho 13 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 11 ; formes de transit. 7).

Leucocytose, 25 novembre : 8.000 (Poly. neutro 70 ; lympho 13 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 8).

Intervention, 29 novembre : « Appendice libre, mais très malade... œdématié, dur, méso épaissi ».

Sort, 10 décembre, après suites opératoires normales.

OBS. 25. — Mlle A..., 17 ans (A. P.). — Deux crises antérieures, la dernière antérieure de sept jours.

Leucocytose, 11 juin 1927 : 7.000 (Poly neutro 68 ; éosino 1 ; lympho 13 ; grands mono. 3 ; à granul. azuroph. 11 ; formes de transit. 4).

Intervention, 13 juin : « Appendice long, libre, et non congestionné ».

OBS. 26. — K... Charles, 27 ans (A. P.). — Intervention au 9^e jour d'une « petite crise d'appendicite ».

Leucocytose, 10 octobre 1927 : 5.000 (Poly. neutro 70 ; éosino 4 ; lympho 4 ; grands mono. 7 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transition 7).

Intervention, 12 octobre : « Appendice long, et libre ».

Sort, 24 octobre, guéri.

OBS. 27. — Mme P..., 35 ans (A. P.). — Crise aiguë d'appendicite en juin 1926.

Leucocytose, 18 mars 1927 : 8.000 (Poly. neutro

63 ; éosino 1 ; lympho 15 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 15 ; formes de transit. 5).

Intervention, 21 mars : « Appendice rétro cœcal, sans caractères bien particuliers ».

Sort, 2 avril, guérie, après avoir fait 5 jours auparavant une poussée de fièvre due à la constipation.

OBS. 28. — Le G..., 29 ans (A. P.). — Crise appendiculaire un an avant l'intervention.

Leucocytose, 26 février 1926 : 6.000 (Poly. neutro 65 ; baso 1 ; lympho 11 ; grands mono 2 ; à granul. azuroph. 19 ; formes de transit. 2).

Intervention, même date : « Appendice libre, non adhérent, extrémité légèrement renflée et rosée. Légers signes d'inflammation ».

Sort, 14 mars. La plaie est presque fermée. Le malade avait fait des poussées de température dues à la suppuration et à une angine.

OBS. 29. — Mme A..., 25 ans (A. P.). — Diagnostic d'« appendicite » posé deux mois auparavant.

Leucocytose, 24 janvier 1927 : 5.000 (Poly neutro 71 ; éosino 2 ; lympho 10 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 12 ; formes de transit. 4).

A l'intervention, même date, « l'appendice semble normal ».

Suites normales. Sort, 10 février.

OBS. 30. — O... Emilie, 28 ans (Bicêtre). — Diagnostic posé : « Appendicite aiguë refroidie (abcès appendiculaire) ». Crise remontant à deux mois.

Leucocytose, 31 mai 1923 : 4.800 (Poly. neutro 56 ; éosino 4 ; lympho 21 ; grands mono 5 ; à granul. azuroph. 6 ; formes de transit. 7).

Intervention, 6 juin : « Appendice sous et rétro sternal ; pointe énorme, blanchâtre ; à son niveau existe une sorte de foyer grenu, blanc grisâtre, qui semble être le reliquat d'un foyer inflammatoire ».

Sort, 27 juin, guérie.

OBS. 31. — P... Henri (A. P.) — Crise douloureuse remontant à une quinzaine de jours.

Leucocytose, 20 juillet 1926 : 7.000 (Poly. neutro 53 ; lympho 9 ; grands mono. 5 ; à granul. azuroph. 27 ; formes de transit. 6).

Intervention, 26 juillet : « Appendice dur, érectile, extraordinairement vascularisé ».

Suites opératoires normales. Sort, 6 août.

OBS. 32. — A..., 15 ans (Bicêtre). — Syndrôme appendiculaire remontant à fin juin 1925.

Leucocytose, 27 juillet : 5.600 (Poly. neutro 65 ; éosino 3 ; lympho 16 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 16 ; formes de transit. 9).

Intervention, 30 juillet : « Appendice sans lésion extérieure apparente ».

Guérison chirurgicale.

OBS. 33. — V... Rolande, 12 ans (Bicêtre). — Syndrôme d'allure appendiculaire remontant à un mois environ.

Leucocytose, 29 mai 1925 : 4.000 (Poly. neutro 78 ; lympho 7 ; grands mono. 4 ; à granul. azuroph. 5 ; formes de transit. 6).

Intervention, même date : « Long cœcum, petit appendice sans lésion extérieure apparente ».

Sort, guérie.

★ ★

Dans les observations qui ont précédé, nous avons trouvé : quatre fois une formule normale, ou approchant de très près, et aucune lésion macroscopique ; quatre fois une formule totale normale coïncidant avec des lésions visibles à l'œil (deux fois des adhérences et deux fois une certaine apparence scléreuse des tissus) ; quatre fois la laparatomie ne mettait en évidence aucune lésion nette et cependant la polynucléose dépassait 70. Dans un cas (obs. 30), les formules totale et polynucléaire coïncidaient avec la présence d'un foyer inflammatoire ancien manifeste ; la mononucléose était dans ce cas légèrement plus élevée que normalement. Il résulte de ces faits qu'il est difficile au chirurgien de s'appuyer, encore ici, de façon ferme, sur l'examen leucocytaire, pour se déterminer à lui-même le moment précis où il doit intervenir.

D.-- Appendicites chroniques

Nous classons sous ce titre quelques appendicites d'apparence batarde, marchant par petites poussées répétées, peu douloureuses ; la formule leucocytaire est normale ou peu caractéristique. Le type : polynucléose basse coïncidant avec une mononucléose élevée dans une formule totale moyenne, nous a paru exceptionnel. Théoriquement, les lésions existent, mais ce sont des lésions lentes, où domine la sclérose.

★★

OBS. 34. — Mme F..., 30 ans (A. P.). — « Appendicite aiguë » (?) opérée dans les 48 h.

Leucocytose, 5 octobre 1926 : 10.000 (Poly. neutro 65 ; éosino 1 ; baso 1 ; lympho. 9 ; grands mono. 5 ; à granul. azuroph. 15 ; formes de transit. 4).

Intervention, 6 octobre : « Appendice qui, à 1/2 cent. de sa base, se transforme en un cordon filiforme ; adhérences péricœcales laches ; gros ovaire droit non kystique.

Sort, 16 octobre, après suites normales.

OBS. 35.— O... Jean, 24 ans (A. P.). — Trois crises précédentes, la dernière le 1^{er} janvier 1926.

Leucocytose, 25 février : 8.000 (Poly. neutro 66 ; éosino 2 ; baso 2 ; lympho 8 ; grands mono 2 ; à granul. azuroph. 12 ; formes de transit. 8).

Intervention, 26 février : « Appendice long,

macroscopiquement sain, renflé à sa partie supérieure ; à quelques millimètres de sa pointe un petit étranglement ».

Guérison.

OBS. 36. — F... Alberto (A. P.). — Plusieurs crises d'appendicite dont la dernière 17 jours avant l'intervention.

Leucocytose, 3 décembre 1927 : 6.000 (Poly. neutro 65 ; éosino 1 ; baso 2 ; lympho 8 ; à granul. azuroph. 20 ; formes de transit. 4).

Intervention, 5 décembre : « Il ne semble pas exister de grosses lésions macroscopiques ».

Histologiquement : « Pas de lésion inflammatoire ; légère diffusion lymphoïde de la sous muqueuse ».

Température sans course apparente pendant une dizaine de jours. Sort guéri, 21 décembre.

OBS. 37. — Mme W..., 30 ans (A. P.). — Crise aiguë en janvier 1925 ; crises postérieures moins nettes.

Leucocytose, 2 juin 1926 : 6.000 (Poly. neutro 67 ; lympho. 18 ; grand mono 1 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 6).

Intervention, même date : « Base de l'appendice adhérente au cœcum, méso épais ; difficulté de libération de l'appendice ».

Sort, 13 juin, après suites normales.

OBS. 38. — K..., 19 ans (A. P.). — Deux crises appendiculaires les 7 janvier et 19 avril 1927.

Leucocytose, 14 janvier : 10.000 (Poly. neutro 56 ; éosino 1 ; baso 1 ; lympho 13 ; grands mono. 6 ; à granul. azuroph. 12 ; formes de transit. 11).

Leucocytose, 9 mai : 6.000 (Poly. neutro 55 ; éosino 1 ; lympho 9 ; grands mono 3 ; à granul. azuroph. 16 ; formes de transit. 16).

Intervention, 11 mai : « Cœcum mobile, mais dans sa paroi il faut sculpter l'appendice pour le libérer ».

Sort, 24 mai, guéri.

OBS. 39. — D... Louis, 22 ans (A. P.). — Douleurs abdominales sans localisations bien précises, survenues quinze jours avant l'intervention.

Intervention, 13 octobre 1926 : « Appendice un peu rouge ; adhérences lâches de l'appendice à la dernière anse iléale ».

Leucocytose, 15 octobre : 5.000 (Poly. neutro 60 ; lympho 17 ; grands mono 2 ; à granul. azuroph. 19 ; formes de transit. 2).

Sort, 27 octobre, en bon état.

OBS. 40. — Mme W..., 30 ans (A. P.). — Crises douloureuses en janvier 1925. Crises accessoires moins nettes.

Leucocytose, 2 juin 1926 : 6.000 (Poly. neutro.

67 ; lympho 18 ; grands mono. 5 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 6).

Intervention, même date : « Base de l'appendice adhérente au cœcum, méso épais... Difficulté de libération de l'appendice ».

Sort, 13 juin, suites opératoires normales.

OBS. 41. — Mme J..., 64 ans (A. P.). — Crises abdominales répétées dont la dernière en mai 1926. Diagnostic posé : « appendicite chronique et ptose abdominale ».

Leucocytose, 21 juillet : 4.000 (Poly. neutro 55 ; éosino 2 ; baso 1 ; lympho 12 ; grands mono 3 ; à granul. azuroph. 18 ; formes de transit. 9).

Intervention, 23 juillet : « Appendice gros et adhérent entièrement à la dernière anse iléale ; la pointe appendiculaire est tellement adhérente que l'on est obligé de la sculpter pour la décoller de l'intestin grêle ».

Sort 14 août. Pas de suites opératoires.

OBS. 42. — Mlle C..., 15 ans (A. P.). — Crise aiguë 18 mois auparavant ; depuis, une crise à peu près hebdomadaire, beaucoup moins caractérisée.

Intervention, 22 juin 1927 : « Appendice long et grêle, difficile à libérer ».

Leucocytose, (date ?) : 9.000 (Poly. neutro. 52 ; éosino 3 ; lympho 10 ; grands mono. 7 ; à granul. azuroph. 21 ; formes de transit. 7).

Sort, 2 juillet, après suites opératoires normales.

obs. 43. — M... Anna, 38 ans (A. P.). — Diagnostic posé : « Appendicite chronique ». Douleurs peu marquées et intermittentes dans la fosse iliaque droite.

Leucocytose, 15 novembre 1925 : 6.000 (Poly. neutro. 63 ; lympho 27 ; gros mono 1 ; à granul. azuroph. 7 ; forme de transit. 1 ; forme particulière, 1).

Intervention, 16 novembre : « Cœcum un peu épais et fixé par un ligament pariéto-cœcal ; au dedans du cœcum, un appendice un peu rouge, avec une pointe qui paraît séparée du reste de l'organe par un tout petit sillon ; apparence un peu congestionnée ; un peu de liquide dans le petit bassin ».

Sort, 22 novembre, après suites opératoires normales.

obs. 44. — G... Jacques, 50 ans (Bicêtre). — Diagnostic : « appendicite chronique, hernie ombilicale ». Vomissements dont le début remonte à 18 mois environ.

Leucocytose, 7 mai 1925 : 3.000 (Poly. neutro. 53 ; éosino 2 ; baso 1 ; lympho 17 ; grands mono 6 ; à granulations azuroph. 15 ; formes de transition 6).

A l'intervention, même date : « L'appendice semble normal ».

Guérison chirurgicale.

OBS. 45. — Mme Cl... Léa, 34 ans (A. P.). — Crises abdominales sans localisation abdominale nette remontant à octobre 1925.

Leucocytose, 24 février 1926 : 4.000 (Poly. neutro 52 ; éosino, 2 ; lympho 19 ; grands mono. 2 ; à granul. azuroph. 19 ; formes de transit. 6).

Intervention, 26 février : « Appendice long et gros, entouré de membranes ; cœcum lui-même entouré de membranes ».

Sort, 9 mars, après suites normales.

OBS. 46. — L... Bazile, 36 ans (A. P.). — Trois crises d'appendicite, la dernière remontant au 29 avril 1927.

Leucocytose, 5 mai : 25.000 (Poly. neutro 74 ; baso 3 ; lympho 1 ; grands mono. 3 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transit. 11).

Leucocytose, 19 mai : 9.000 (Poly. neutro 50 ; baso 1 ; éosino 2 ; lympho 16 ; grands mono. 6 ; à granul. azuroph. 16 ; formes de transit. 9).

Leucocytose, 22 juin : 9.000 (Poly. neutro 43 ; baso 2 ; éosino 2 ; lympho 22 ; grands mono 5 ; à granul. azuroph. 16 ; formes de transit. 10).

Intervention, 24 juin : « Appendice très adhé-

rent, petit abcès au niveau de la pointe, et contenant quelques gouttes de pus ».

Sort, 12 juillet, guéri.

★★

Dans les observations qui précèdent, nous avons trouvé : deux fois une formule normale coïncidant avec un appendice sans lésions apparentes ; une fois une formule normale coïncidant avec des lésions de fibrose ; six fois, une formule que l'on peut considérer comme normale et coïncidant avec la présence d'adhérences appendiculaires ; une fois une petite quantité de liquide, coïncidant avec une formule normale ; trois fois nous avons constaté une élévation plus caractéristique du taux mononucléaire : dans les deux premiers cas, les chiffres de la leucocytose totale et de la polynucléose étaient inférieurs à la normale et coïncidaient avec un appendice sain (obs. 44) ou avec des adhérences (obs. 45). Dans le dernier cas (obs. 46), la formule assez typique (leucocytose 9.000 ; polynucléose 47 ; mononucléose 44), cachait des adhérences et un peu de pus.

E.-- Fausses appendicites

Nous classons dans ce petit groupe quelques cas où le syndrome appendiculaire n'a pas été affirmé par la laparatomie, — et où le chirurgien est tombé sur des lésions de voisinage en évolution, ou des malformations anatomiques.

★★

OBS. 47. — L... Adrienne, 24 ans (Bicêtre). — Syndrôme appendiculaire assez mal défini : deux crises antérieures.

Leucocytose, 29 octobre 1925 : 4.800 (Poly. neutro 65 ; éosino 1 ; baso 1 ; lympho 5 ; grands mono. 5 ; à granul. azuroph. 14 ; formes de transition, 8).

Intervention, 30 octobre : « Côlon transverse ptose ; le cœcum est fixé par une série de lames qui viennent en haut se confondre avec la partie droite de l'épiploon, amarrant assez solidement l'angle droit pour déterminer une sorte de corde..., etc... Résection d'une petite partie de l'épiploon qui paraît un peu rouge ».

Guérison chirurgicale.

OBS. 48. — P... (A. P.). — Crises douloureuses vagues remontant à un an et « se reproduisant fréquemment ».

Intervention, 11 janvier 1926 : « Cœcum adhérent au péritoine pariétal par sa face antérieure... L'appendice ne paraît pas particulièrement malade ».

Leucocytose (date ?) : 10.000 (Poly. neutro 78 ; lympho 6 ; à granul. azuroph. 8 ; formes de transition 8).

Guérison.

obs. 49. — G... Marcelle, 22 ans (A. P.). — Plusieurs crises de type appendiculaire, la première remontant à 11 ans, la dernière à un mois avant l'intervention.

Leucocytose, 24 octobre 1927 : 17.000 (Poly. neutro. 69 ; lympho 10 ; grands mono. 5 ; à granul. azuroph. 9 ; formes de transit. 7).

Intervention, 25 octobre : « Long cœcum mobile ; appendice long, sans lésions extérieures macroscopiques ; sur le cœcum et le côlon ascendant existe tout un système de brides se continuant en partie avec l'extrémité droite de l'épiploon ».

Sort, le 6 novembre, en bon état.

★★

On peut admettre des lésions inflammatoires récentes, mises en évidence par leur formule leucocytaire, pour les deux derniers cas. Le précédent semble entrer dans la catégorie des malformations congénitales : au stade actuel il n'a rien à voir avec le processus qui caractérise ceux que nous venons de dire ; l'épreuve leucocytaire en fait foi.

CONCLUSION

De la lecture des observations qui précèdent se dégagent les conclusions suivantes :

D'une façon générale, l'importance de l'examen leucocytaire, au début, au cours ou au déclin d'une crise d'appendicite, reste constante ; il reste un moyen de diagnostic non négligeable, encore qu'un peu secondaire, car, de toutes façons, il ne saurait se dispenser de l'examen clinique, pratiqué d'abord, scrupuleusement et dans toute sa rigueur, les données de l'un restant le complément et le corollaire des renseignements fournis par l'autre.

Au cours de l'appendicite aiguë, la leucocytose plus ou moins élevée aiguillera l'esprit du chirurgien vers la possibilité d'une suppuration profonde, et quoiqu'elle n'en soit pas la preuve absolue, elle invitera à l'intervention, toujours et le plus précocement possible.

Dans l'appendicite subaiguë, la formule leucocytaire, assez instable, semble se manifester surtout par une certaine élévation relative de sa polynucléose ; c'est dans ce cas que, le danger étant moins immédiat, le chirurgien pourrait, par l'établissement d'une courbe leucocytaire aussi exacte et complète que possible, sur les renseigne-

ments fournis par elle, temporiser et même s'abstenir si l'index du laboratoire le permet.

L'« appendicite chronique » nous montre, en général, une formule leucocytaire peu modifiée, souvent normale, ne semblant pas se caractériser nettement et dans tous les cas par le remaniement intrinsèque de sa constitution. Au reste, ne s'agit-il peut-être que d'une question de définition : celle de l'appendicite chronique ; faut-il caractériser cet état par un schéma leucocytaire défini, et dans ce cas il est rareté ; ou bien au contraire, devons-nous pour l'apprécier, nous baser sur les symptômes souvent effacés, frustes et fuyants fournis par la clinique et l'interrogatoire d'un malade la plupart du temps fort ignorant des choses de la médecine et sans esprit d'introspection. La question est un peu complexe, et quelques auteurs l'ont bien pensé qui sont allés jusqu'à dénier à cette forme d'appendicite toute véritable entité pathologique, se réservant de classer ailleurs les cas où l'intervention se serait montrée positive et où tel diagnostic avait été posé.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris.

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- APOLANT. — Arch. de Wirchow, t. LIX, 1874.
- BOUCHUT. — Compte-rendu de la Société de Biologie 1868.
- BAUMLER CH. — Klinische Erfahrungen über Behandlung der perityphlitis. Deutsch. arch. f. Klin. med., 1902.
- BEZANÇON et LABBÉ. — Traité d'Hématologie. 1904. — La leucocytose dans les maladies infectieuses. Presse méd. Par. 1902.
- BONNE H. — Variations des globules blancs du sang dans quelques maladies. Th. Par., 1875.
- BLOSSBERG M. — Relations hip between the white blood corpuscles and abcesses in the organisme. Przegl. Lek., Krakow, 1902.
- BOCHENSKY R. — The importance of the examination of the blood in case of suppuration, especially of the neutrophiles, and bacteriological examination of the blood. — Livorv 1908.
- CARLET G. — Le sang. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Paris 1878.
- COURMONT J. et MONTAGNARD V. — Les leucocytes. — Paris 1903.

- CABOT R. C. — The diagnostic and pronostic influence of leucocytes. — Boston méd. et surg. J. 1894.
- CURSCHMANN. — Zur dianostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ans gehenden entzündlichen Processe. Munch. med. Wochensch. 1901.
- COSTE. — Ueber das verhalten der leucocyten bei appendicitis. — Munch. med. Wochensch. déc. 1902.
- CAZIN M. — Des indications opératoires fournies par l'examen du sang dans l'appendicite à chaud. — C.R. du 15^e cong. de chir. 1902.
- DA COSTA J. C. — The clinical value of blood examination in appendicitis. — Amer. J. of the méd. sci. nov. 1901.
- EHRlich. — La leucocytose. — Cong. intern. de méd. C. R. 1900.
- FRORICF et GLUGUE. — Anatomisch und mikroscof. Untersuchungen. 1841.
- FUNK. — The leucocytes. — Progr. méd., Phila., 1924.
- GRAWITZ E. — Klinische pathologie des blutes nebst einer methodik der Blutundersuchungen und spezieller Pathologie und therapie der Blutkankheiten. Berlin 1902.
- GULLIVER. — The veterinarian 1839.
- GOMA (DE). — Del rapporto fra i globuli bianchi et i globuli rassi del sangue. — Torino 1880.
- GRUNNER O. C. — The biology of blood cells virth a glos-

sary of hæmatological terms, for the practioners of medecine. — Bristol 1913.

GRANCHER. — Recherches sur le nombre de globules rouges et blancs du sang à l'état physiologique. C. R. soc. de biol. 1876.

HAYEM G. — Sur les caractères anatomiques du sang dans les phégmasies. — C. R. acad. sci. Paris. 1880.

Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Paris, 1878.

Sur l'application de l'examen anatomique du sang au diagnostic des maladies. — C. R. Acad. des Sc. Paris, 1881.

La leucocytose dans la péritonite appendiculaire. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. déc. 1899.

JULLIARD CH. — Valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite. — Rev. de chir. Paris, 1904.

JOLLY J. — Les globules blancs du sang dans les états morbides. La leucocytose. — Cong. intern. de méd. Paris 1900.

KUHN A. — Zur dianostischen Bedeutung der leucocyten werte bei typhus abdominalis and bei chirurgischen eiterungen. — Munch. méd. Worschensch. 1902.

LABBÉ M. — Le sang. 1923.

LERREDDE et LÆPER. — L'équilibre leucocytaire. — Presse méd. Paris, 1899.

- LORD J. P. — Leucocytosis as a factor in surgical diagnosis. — West. méd. rev. Lincoln, 1900.
- LONGRIDGE C. N. — Leucocytosis in appendicitis. — Lancet, July, 1902.
- MANOUKHINE I. I. — La leucocytose, base de la lutte auto défensive. Deux mémoires, J. de physiol. et de pathol. Paris 1925.
- MALASSEZ. — Recherches sur le nombre des globules blancs du sang dans quelques cas de suppuration. Leucémie de suppuration. Bull. soc. anat. Paris, 1876.
- Nouvelle méthode de numération des globules blancs et des globules rouges. — Th. Par. 1873.
- MAC DONALD. — Some observations on leucocytosis as an aid to the diagnosis of obscure suppuration. — Birmingham. méd. rev., 1900.
- MARTEL (DE) et ANTOINE. — L'importance de l'examen du sang fait en série, chez les malades atteints d'appendicite. — Arch. des mal. de l'app. dig. 1925.
- Les fausses appendicites, 1922.
- MENNINGER W. C. et HEIM H. S. — The clinical significance of the relation of the total and differential leucocyte count in acute appendicitis. — Ann. surg. Phila, 1920.
- MUIR. — On the nature and significance of leucocytosis. Birmingham. méd. rev. 1903.
- NASSE. — Gesammselle Handlungen, 1839.

- OSSIPOFF E. — La recherche de la formule heino. leucocytaire dans les affections annexielles. — Th. Paris, 1909-10.
- PONTRIDGEON J. P. G. — Recherches sur le nombre de globules rouges et blancs du sang à l'état physiologique et dans un certain nombre de maladies chroniques. — Th. Paris, 1877.
- PIORRY. — Traité des altérations du sang, 1857.
- QUAIN. — Excessive number of white cells in the blood. — Tr. Pathol., Soc. Lond., 1852.
- RIEDER. — Beitrag zur kenntniss der leucocytose und verwandter zust ande des Blutes. Leipzig, 1892.
- RUSSELL C. K. — Leucocytosis and typhoidal perforation. Boston méd. sing. J. 1901.
- SAUERBRUCH. — Klinische Beitrage zur diagnosc der eitrigten Perityphlitis. — Corresp. Bl. d. Allg. artzl. Vereins von Thuring., 1902.
- SMALL R. D. — Leucocytosis as an indication ou appendicitis. — Tr. Maine med. ass. Portland 1902.
- SILHOL J. — La lutte leucocytaire et la façon dont l'organisme la supporte. — Th. Paris, 1902.
- SCHNITZLER. — Ueber die verwerthung der mikroskopischen Blutuntersuchung zur diagnostik und indikationstellung bei intraabdominalen eiterungen. — Wein. Klin. Rundschau, 1902.
- VULPIAN. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 1870.

VON LIMBECK. — Klinisches innd experimentelles über die entzündliche leucocytose. — Zeitsch. f. Heilk.

WHALEY T. F. — Leucocytosis as an element in diagnosis and prognosis. — Tr. South. car. M. ass. Charleston, 1897.

WEST BROOK R. W. — Marked hyperleucocytosis suggesting abdominal suppuration. Brookhyn méd. J., 1903.

WASSERMANN. — Ueber das verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen erkrankungen insbesondere bei appendicitis. — Münch méd. Waschensch.

Ein Weiterer Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der leukocytose bei appendicitis. Arch. f. Klin. chir., 1903.

WIRCHOW. — Pathologie cellulaire.

IMPRIMERIE LES PRESSES MODERNES

45, rue de Maubeuge, Paris

(Ateliers à Troyes — Aube)

